

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a _____

(cognome e nome in stampato)

Genitore/tutore del bambino/a _____

(cognome e nome in stampato)

frequentante:

SCUOLA DELL'INFANZIA RODARI, SEZIONE _____

SCUOLA PRIMARIA PLESSO _____ CLASSE-SEZIONE _____

SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO PLESSO _____ CLASSE-SEZIONE _____

CHIEDE

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata, redatta dal dott. _____

CONSEGNA IL FARMACO _____

con scadenza _____ e temperatura di conservazione _____

all'insegnante di riferimento _____ e si impegna a garantire la validità del prodotto.

Autorizza contestualmente il personale scolastico alla somministrazione del farmaco salvavita e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica come da allegata prescrizione medica.

Data, _____ Firma _____

Reperibilità tel. _____

Cell. 1 _____ cell. 2 _____

Data, _____

Visto Il Dirigente Scolastico
